

Cáncer de mama en hombre. Reporte de caso

Breast cancer in man. Case report

Tere Ivanova Alipio Núñez,* Luis E Cisneros Manríquez,* Juan Antonio Loyo Cosme†

Palabras clave:

cáncer de mama,
mastectomía,
masculino, BI-RADS,
tamoxifeno.

Keywords:

breast cancer,
mastectomy, man,
BI-RADS, tamoxifeno.

RESUMEN

El cáncer de mama en hombres es una entidad relativamente poco frecuente que se presenta en muy baja proporción, sin embargo, su importancia en hombres no debe ser ignorada debido al pobre pronóstico desde su diagnóstico en últimos estadios y a su alta tasa de mortalidad; paradójicamente más hombres han muerto por cáncer de mama que de cáncer testicular. Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino sin antecedentes de importancia, quien acudió a la consulta de cirugía general por presentar tumor retroareolar, fue referido a la consulta de cirugía oncológica donde se le realizó ultrasonido, en el cual se catalogó como un BI-RADS 5, por lo que se programó para tratamiento quirúrgico. Por lo poco frecuente de esta patología se decide realizar el reporte de caso.

ABSTRACT

Breast cancer in men is a relatively uncommon entity that occurs in a very low proportion, however, the importance of breast cancer in men should not be ignored due to the poor prognosis since its diagnosis in later stages and its high mortality rate; paradoxically more men have died from breast cancer than from testicular cancer. We present a case of a male patient with no significant history who came to the consultation for presenting a retroareolar tumor to the general surgery consultation, being referred to the oncological surgery consultation, an ultrasound was performed, cataloged as a BI-RADS 5 for which he is scheduled for treatment surgical. Due to the infrequency of this pathology, it was decided to carry out a case report.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es común en las mujeres, pero relativamente raro en hombres, lo que representa aproximadamente menos de 1% de todos los casos diagnosticados.¹ De acuerdo con cifras epidemiológicas, entre 1975 y 2015 su incidencia fue de 40%, excediendo el de las mujeres en 25%.² Por lo general, es observado en las últimas décadas de la vida (60-70 años).

El factor de riesgo más crítico es una historia familiar positiva de cáncer de mama: el riesgo se duplica si la historia es positiva para los familiares de primer grado y se quintuplica si hay otros familiares de primer grado afectados.³ El cáncer de mama en hombres se presenta con más frecuencia en pacientes con receptores de estrógeno (ER) positivo.⁴ En la actualidad se ha agregado como opción de tratamiento para el

cáncer de mama en hombres la terapia endocrina neoadyuvante a base de tamoxifeno.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años de edad con antecedente de apendicectomía hace siete años, fractura de húmero proximal por herida de bala, diabetes mellitus de siete años de evolución en tratamiento con biguanidas y sulfonilureas, hipertensión arterial sistémica de siete años de evolución en tratamiento con ARA II, sin antecedentes familiares de importancia, quien acude a la consulta por aumento del volumen de la mama, de siete años de evolución, la cual fue aumentando de manera progresiva.

Al examen físico se encontró masa indolora de 4 × 5 cm, móvil, con engrosamiento y eritema de la piel, con axila y fosa supraclavicular negativas para adenopatías. Se le

* Médico residente de segundo año de Cirugía General.

† Cirujano oncólogo. Médico de base de Cirugía Oncológica.

Hospital General de Zona No. 1 "Nueva Frontera". Tapachula, Chiapas.

Recibido: 14/10/2021
Aceptado: 19/11/2022



Citar como: Alipio NTI, Cisneros MLE, Loyo CJA. Cáncer de mama en hombre. Reporte de caso. Cir Gen. 2021; 43 (4): 248-250. <https://dx.doi.org/10.35366/109128>

realizó ultrasonido, el cual describió lesión retroareolar con imagen ovoidea antiparalela a la piel, hipoeoica con calcificaciones internas y márgenes lobulados; en el Doppler se halla vascularidad aumentada con medidas de $45.4 \times 45.8 \times 46.6$ mm, con un volumen aproximado de 50.7 cm^3 ; región axilar nivel 1 con ganglio de 15×10 mm al Doppler con vascularidad periférica, por lo que se catalogó como un BI-RADS 5.

De acuerdo con el cuadro clínico y los hallazgos durante el ultrasonido, se decidió programar para realizar mastectomía radical modificada de tipo Madden; posteriormente, se realizó estudio histopatológico transoperatorio con reporte de lesión fungante sospechosa de malignidad.

El diagnóstico histopatológico fue un carcinoma ductal infiltrante sin patrón específico con áreas de carcinoma intraductal de tipo comedocarcinoma, necrosis central de alto grado. La disección ganglionar de la axila derecha fue positiva a metástasis de carcinoma ductal en dos de 18 ganglios linfáticos disecados.

DISCUSIÓN

En la mayoría de la población masculina el cáncer se presenta entre los 60 y 70 años de edad (cinco a 10 años antes que en las mujeres) con una media de 62 años, y es, por lo general, diagnosticado en etapas más avanzadas debido a un retraso en el diagnóstico.⁶ Algunos de los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama en hombres es la edad, la historia de cáncer de mama en familiares de primer grado (ya sea hombre o mujer), hiperestrogenismo, historia de radiación en mediastino, antecedente de uso de estrógenos exógenos, predisposición genética (mutaciones de BRCA1 o BRCA2, CHEK2, PALB2) y síndrome de Klinefelter.⁷ Estudios han demostrado que la terapia de reemplazo hormonal incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama, sobre todo en población transgénero, especialmente en mujeres transgénero (sexo masculino de nacimiento e identificación de género femenino), con una edad media de aparición de 52 años.⁸

El carcinoma ductal infiltrante es el subtipo más común de cáncer de mama en hombres, generalmente se presenta de manera unilate-

ral, fijo y como una masa tumoral subareolar indolora, lo cual puede ser la única sintomatología que presente el paciente. Se muestra de manera espiculada con bordes irregulares y hasta en 15% de los casos como una masa densa nodular con bordes definidos.⁷

En la actualidad, no se cuenta con un programa de prevención, sin embargo, el ultrasonido debe ser considerado como el estudio de imagen de primera línea debido a su bajo costo y su fácil accesibilidad.⁹ En el estudio de ultrasonido, las microcalcificaciones que son menores en número, no lineales y más gruesas, comparado con el de las mujeres, se presenta hasta en 30% de los casos. En población transgénero que no se han sometido a mastectomía deben ser protocolizados con mastografía como estudios de prevención a partir de los 50 años si han usado terapia de reemplazo hormonal por más de cinco años.⁸

Se ha observado que el hombre con cáncer de mama tiene una desventaja en cuanto a la supervivencia en comparación con las mujeres que presentan cáncer de mama de hasta 5 a 10 años, debido a su diagnóstico en etapas más avanzadas y al sitio primario del tumor, ya que en hombres se presenta en el área central debajo del pezón, además de que la histología del tumor contribuye a un peor pronóstico que los tumores localizados en el cuadrante superior.

Hoy en día, se ha demostrado que la terapia endocrina neoadyuvante con tamoxifeno debe ser la primera opción y debe administrarse por un periodo inicial de cinco años. El tamoxifeno era considerado el estándar de tratamiento en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama con receptores ER+ y los inhibidores de aromatasa en postmenopáusicas, y dada la similitud entre el cáncer de mama en hombres con el cáncer en mujeres postmenopáusicas, se utilizaban los inhibidores de aromatasa como tratamiento en cáncer de mama en los hombres; sin embargo, en estudios recientes se ha evidenciado una reducción en la mortalidad de los que recibieron tamoxifeno comparado con los inhibidores de la aromatasa, ya que la producción de estrógenos testiculares no es abolida por los inhibidores, lo que deja al tamoxifeno como primera opción de tratamiento. Desafortunadamente existen efectos secundarios con el uso de tamoxifeno, los

cuales incluyen reducción de libido, ganancia de peso, bochornos y alteraciones en el estado de ánimo, así como trombosis venosa profunda, lo que conlleva una elevada tasa de abandono al tratamiento por estos efectos secundarios.

Otro aspecto a destacar son los pocos datos acerca de las consecuencias psicológicas de esta patología en la población masculina. Los pacientes con cáncer de mama tienen un incremento en el riesgo de padecer obesidad, comorbilidades, actividad física reducida, calidad de vida pobre y deterioro en la salud asociado a depresión y/o ansiedad.⁵ El estudio recomendado para seguimiento y detección de cáncer en pacientes ya sometidos a intento de terapia de curación es la mastografía ipsilateral en pacientes con tumorectomía y mastografía contralateral anual en pacientes con historia de cáncer de mama o predisposición genética; asimismo, se debe ofrecer consejería genética.¹⁰

REFERENCIAS

1. Jylling AMB, Jensen V, Lelkaitis G, Christiansen P, Nielsen SS, Lautrup MD. Male breast cancer: clinicopathological characterization of a National Danish cohort 1980-2009. *Breast Cancer*. 2020; 27: 683-695.
2. Konduri S, Singh M, Bobustuc G, Rovin R, Kassam A. Epidemiology of male breast cancer. *Breast*. 2020; 54: 8-14.
3. Spreafico FS, Cardoso-Filho C, Cabello C, Sarian LO, Zeferino LC, Vale DB. Breast cancer in men: clinical and pathological analysis of 817 cases. *Am J Mens Health*. 2020; 14: 1557988320908109.
4. Yadav S, Karam D, Bin Riaz I, Xie H, Durani U, Duma N, et al. Male breast cancer in the United States: Treatment patterns and prognostic factors in the 21st century. *Cancer*. 2020; 126: 26-36.
5. Fentiman IS. Surgical options for male breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2018; 172: 539-544.
6. Elimimian EB, Elson L, Li H, Liang H, Bilani N, Zabor EC, et al. Male breast cancer: a comparative analysis from the National Cancer Database. *World J Mens Health*. 2021; 39: 506-515.
7. Sahin C, Ucpinar BA, Mut DT, Yilmaz O, Ucak R, Kaya C et al. Male breast cancer with radiological and histopathological findings. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2020; 54: 375-379.
8. de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, van Engelen K, Adank MA, Dreijerink KMA, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 2019; 365: l1652.
9. Gucalp A, Traina TA, Eisner JR, Parker JS, Selitsky SR, Park BH, et al. Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2019; 173: 37-48.
10. Hassett MJ, Somerfield MR, Baker ER, Cardoso F, Kansal KJ, Kwait DC, et al. Management of male breast cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020; 38: 1849-1863.

Consideraciones y responsabilidad ética: los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, resguardando su derecho a la privacidad mediante la confidencialidad de sus datos.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo.

Correspondencia:

Tere Ivanova Alipio Núñez

E-mail: novalipio@gmail.com